МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

Украинское Республиканское общество
невропатологов и психиатров.

Харьковский научно-исследовательский
институт неврологии и психиатрии

Днепропетровский областной отдел здравоохранения

Днепропетровское областное общество
невропатологов и психиатров



# АЛКОГОЛИЗМ

*(Вопросы патогенеза, клиники
и лечебно-профилактических мероприятий)*

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗДОРОВ'Я»
КИЕВ—1970




В сборнике отражен опыт психоневрологических учреждений Украины по изучению патогенеза алкоголизма, его клиники, в частности атипичных форм и клинических вариантов, эффективности различных методов лечения. Освещаются также вопросы профилактики, организации стационарной и внебольничной противоалкогольной помощи.

Материалы сборника представляют интерес для организаторов здравоохранения, наркологов, психиатров, невропатологов и представителей смежных специальностей.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

Украинское республиканское общество невропатологов и психиатров

Харьковский научно-исследовательский институт неврологии и психиатрии

Днепропетровский областной отдел здравоохранения

Днепропетровское областное общество невропатологов и психиатров

**АЛКОГОЛИЗМ**

**(Вопросы патогенеза клиники и лечебно-профилактических мероприятий)**

Редакторы издательства Е. А. Снегур, О. М. Довга.
Технический редактор В. М. Каминская.
Корректоры С. С. Ларина, Е. Я. Котляр

БФ 38208. Зак. № 2285. Сдано в набор 27/III 1970 г. Подписано к печати 16/IX 1970 г. Формат 84×108 1/32. Тираж 1000. Учетн. изд. лист. 6,07. Физ. печ. лист. 3,75. Условн. печ. лист. 6,3. Бум. № 1. Цена 73 коп.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7.

...ия Днепропетровского областного управления ...л. Серова, 7.




# *Вопросы организации противоалкогольной помощи*

## СОСТОЯНИЕ ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОЙ ПОМОЩИ В УССР

*П. И. Коваленко*

Киев

Алкоголизм — одна из важных социально-экономических и медицинских проблем. Успешное решение ее возможно только при совместных усилиях медицинских работников и широкой общественности.

Медицинская сторона этой проблемы продолжает оставаться актуальной, так как число больных хроническим алкоголизмом составляет 20% больных, поступающих в психоневрологические учреждения республики.

Основное направление развития наркологической службы УССР в течение последних 8 лет определялось расширением сети наркологических учреждений и приближением их к населению.

В республике функционируют свыше 400 кабинетов и наркопунктов, причем значительная часть их организована на базе общесоматических учреждений. Число внебольничных учреждений наркологического профиля увеличилось по сравнению с 1959 г. в 20 раз. Более чем в 2 раза за тот же период возрос коечный фонд, составляющий 2350 коек (2 наркологические больницы и 26 отделений).

Однако наркологическая сеть развита неравномерно. Благоприятные условия созданы в тех административных районах, в которых на 100—150 тысяч населения функционирует один наркокабинет (Одесса, Днепропетровск, Винницкая, Черкасская, Крымская области).

Децентрализация наркологической помощи способствует раннему выявлению, наблюдению и активному лечению больных хроническим алкоголизмом.

Так, в Черкасской, Винницкой, Днепропетровской, Крымской и Черниговской областях количество выявлен-

ных больных хроническим алкоголизмом превышает уровень распространенности алкоголизма в тех областях, где наркологическая сеть развита недостаточно, например, в Житомирской, Закарпатской, Кировоградской Ровенской и Харьковской областях.

В неблагоприятных условиях оказалось сельское население в связи с тем, что в большинстве районов наркологическая помощь не выделена в самостоятельный раздел.

Между тем материалы переписей психически больных, количество больных алкоголизмом, выявленное в сельских районах Черкасской, Черниговской, Крымской областей указывают на распространенность алкоголизма среди городского и сельского населения.

Об этом же косвенным образом свидетельствует тот факт, что 46% общего числа составляют алкогольные психозы у сельских жителей.

Количество врачей-наркологов увеличилось по сравнению с 1959 г. в 6 раз.

В настоящее время в республике работает свыше 160 наркологов, в их числе такие энтузиасты, как А. П. Исаенко, Н. К. Зурабян, И. Е. Колкер, А. М. Олендар, П. П. Пономаренко, Е. И. Пазуханич, Л. М. Дроздова, Н. Г. Осташевская.

Расширение сети наркологических учреждений позволило выявить и привлечь к лечению значительные контингенты больных хроническим алкоголизмом: в 1967 г. число взятых на учет и состоящих на учете возросло в 5 раз по сравнению с 1959 г.

В 1967 г. лечилось 77% состоящих на учете алкоголиков, из них 41% — амбулаторно. Таким образом, 23% не получали никакого лечения. Что касается лечившихся амбулаторно, то определенная группа больных только посетила диспансер, но не получала активного лечения. О недостаточной терапевтической активности наркокабинетов свидетельствует тот факт, что из 23 тысяч больных хроническим алкоголизмом, снятых с учета, только у четвертой части отмечено выздоровление.

Лечение в наркологических учреждениях в настоящее время проводят на достаточно высоком уровне, применяя патогенетически обоснованные методы терапии.

При лечении алкоголизма необходимо добиваться полного восстановления психических и соматических



функций, трудовой и социальной реадаптации больных. Эти цели обычно не могут быть достигнуты в период основного курса лечения, в связи с чем следует обязательно проводить повторные противорецидивные курсы в течение 2—3 лет. Эффективность лечения определяется не только воздержанием от спиртного, но и тем, как происходит процесс реадаптации больных, в какой мере они входят в ритм жизни здоровых, как восстанавливают прежние социальные связи.

Стойкие терапевтические ремиссии наступают только при комплексном лечении с применением психотерапевтического воздействия, которое должно быть патогенетически обусловленным и дифференцированным в зависимости от особенностей клиники и направленным на усиление эффекта медикаментозного лечения. Конечная цель психотерапевтического воздействия — перестроить личность больного, его психологическую установку, обеспечить трудовую и социальную реадаптацию.

Чтобы улучшить наркологическую помощь населению УССР, необходимо дальше развивать и укреплять сеть наркологических учреждений. Число наркологических кабинетов в крупных промышленных городах должно составлять 1 на 150—200 тысяч населения. Следует организовать межрайонные наркологические кабинеты для сельского населения (1 наркологический кабинет на 2—3 района). Нужно обеспечить наркологические учреждения высококвалифицированными кадрами наркологов. Институты усовершенствования врачей должны планировать систематические циклы усовершенствования и специализации по наркологии. В областных психиатрических больницах и Харьковском научно-исследовательском институте неврологии и психиатрии необходимо организовать специализацию наркологов на рабочих местах. В процессе специализации и усовершенствования следует стремиться к совершенствованию знаний в области психиатрии, наркологии и психотерапии.

Надо поднять уровень лечебно-диагностической работы, выявлять ранние формы алкоголизма, проводить профилактическую работу среди населения, усилить работу внебольничных учреждений по выявлению, привлечению к лечению и проведению систематических противорецидивных курсов лечения, углубленно изучать клинику алкоголизма для применения дифференцированных кур-

сов лечения, расширить научно-исследовательскую работу по изучению социальных и медицинских проблем алкоголизма и разработке новых эффективных методов лечения алкогольных заболеваний.

## О НЕКОТОРЫХ НЕОТЛОЖНЫХ ВОПРОСАХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА

*И. В. Бессонов, А. В. Крыжановский*

Киев

Клинические наблюдения, материалы совещаний, проведенных в Киеве по лечению алкоголизма, и данные литературы подтверждают необходимость срочного решения следующих вопросов профилактики и лечения алкоголизма:

1. Вследствие разноречивого толкования на местах показаний к принудительному лечению алкоголиков, направляемых в лечебно-трудовые отделения Министерства внутренних дел (МВД) УССР согласно Указу Президиума Верховного Совета УССР от 12 июня 1961 г. следует специальным инструктивным письмом двух министерств (МЗ и МВД УССР) вновь подчеркнуть, что принудительному лечению подлежат не только привычные пьяницы, но и лица, страдающие хроническим алкоголизмом, если они систематически нарушают общественный порядок, отказываются от лечения и не обнаруживают психических расстройств, в связи с чем их следует обязательно помещать в психиатрическую больницу.

2. В связи с недостаточной эффективностью принудительного лечения алкоголиков в ряде лечебно-трудовых отделений (ЛТО) МВД УССР назрело время провести совещание и декадник по повышению квалификации врачей ЛТО, укрепить отделения кадрами квалифицированных наркологов, систематически контролировать лечебную работу и оказывать методическую помощь.

3. Для усиления борьбы с алкоголизмом нужно укрепить Республиканский научный центр по изучению проблемы алкоголизма.

4. В наркологических лечебницах должны быть организованы центры по реадаптации, в которые входили бы нарколог-психиатр, психолог, юрист и патронажные фельдшера.

5. Вытрезвители крупных городов нужно преобразовывать в активные очаги профилактики алкоголизма, для этого следует ввести в их штаты должности врача-нарколога и патронажного фельдшера.



## ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*З. Н. Болотова, Н. С. Толстая*

Харьков

Патогенетически обусловленные методы лечения больных алкоголизмом даже при условии компенсации биологических функций часто не обеспечивают трудовой и социальной реадаптации больных, так как при лечении алкоголизма не учитываются тонкие патопсихологические особенности и лечебный процесс организуется в значительной мере по шаблону.

Клинический опыт и результаты специальных исследований показывают, что принятая в настоящее время классификация алкоголизма требует пересмотра и внесения изменений.

Мы установили, что для клинической картины хронического алкоголизма типично возникновение эмоциональных нарушений.

Сохранность эмоциональной сферы наблюдается в случаях сравнительно позднего начала заболевания у сформировавшейся личности.

Исследования показали, что при хронической алкогольной интоксикации нарушается вентиляционная способность легких, уменьшается жизненная емкость и объем максимальной вентиляции, увеличивается минутный объем дыхания, возрастает поглощение кислорода, но уменьшается коэффициент его использования. У этих больных, особенно по выходе из абстиненции, нарушаются компенсаторные механизмы дыхания, что приводит к развитию дыхательной недостаточности.

Клиническое улучшение состояния больных не всегда сопровождается улучшением объективных показателей состояния аппарата внешнего дыхания, церебральной ре-

гуляции дыхания и ЭЭГ, а иногда даже сопровождается ухудшением их.

Выявленные нарушения функции дыхания и эмоциональные расстройства, требующие целенаправленного патогенетического лечения, имеют значение для трудовой реадаптации больных алкоголизмом.

Сложность проблемы реадаптации больных алкоголизмом определяется еще и специфическими особенностями этого заболевания, выражающимися не столько в потере трудоспособности, сколько в снижении социального уровня личности. Поэтому требуется коренная психологическая перестройка личности больного, что не всегда удается осуществить за время основного курса лечения. В случаях выраженной эмоциональной и интеллектуальной деградации перестройка вообще невозможна или происходит не полностью, и тогда мы стремимся к частичной реабилитации больных.

Во многих случаях воздержание от алкоголя после лечения не означало улучшения состояния, так как не определилась психологическая перестройка, не были восстановлены социальные связи.

Таким образом, симптом воздержания от алкоголя, рассматриваемый изолированно от других симптомов ремиссии, не может служить надежным критерием терапевтической эффективности.

В целях достижения полной реабилитации больных алкоголизмом необходимо: тщательно изучать клинику алкоголизма (психопатологическую симптоматику, соматические нарушения, степени деградации) и организовать лечебный процесс применительно к особенностям клиники каждого больного.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ ВО ЛЬВОВЕ И ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*А. П. Исаенко*

Львов

При организации борьбы с алкоголизмом необходимо придерживаться принципа единства профилактических и лечебных мероприятий. Выявление ранних форм алкоголизма обеспечивает более эффективные результаты проводимых лечебных мероприятий.



При городском психоневрологическом диспансере Львова функционирует наркологический кабинет, работу которого возглавляет врач-нарколог. На каждом большом заводе имеются наркологические пункты, работающие под руководством врача-нарколога гордиспансера.

Областной психоневрологический диспансер организовал наркологические пункты при районных поликлиниках в Золочеве, Самборе, Краснограде, Раве-Русской, Радехове и других районах и осуществляет руководство их деятельностью.

Во Львовской областной психиатрической больнице имеется отделение для лечения хронического алкоголизма на 75 коек. Врачи отделения проводят большую лечебную работу и оказывают методическую помощь в организации лечения и подготовки кадров для наркологических кабинетов и наркологических пунктов. Кроме того, больница осуществляет контроль на предприятиях за проведением поддерживающего лечения больных, лечившихся в стационаре. В последние годы мы стали активнее привлекать внимание администрации и партийных организаций заводов и учреждений к выполнению наших лечебных рекомендаций.

Мы направляем специально заполненные бланки, в которых указывается важность противорецидивного лечения. Если на производстве имеется санчасть, то свои рекомендации направляем заведующему медсанчастью. Такое мероприятие, если оно проводится аккуратно, дает свои положительные результаты.

Львовская психиатрическая больница поддерживает постоянный контакт с городским и областным диспансерами.

Для улучшения работы противоалкогольной службы необходимо на всех предприятиях и учреждениях провести активную диспансеризацию всех лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, и через наркологические пункты направлять на амбулаторное лечение. После курсового лечения следует на протяжении от 1 до 3 лет проводить поддерживающее лечение. Нужно пересмотреть порядок выдачи больничных листов больным, повторно поступающим на стационарное лечение.

## НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Л. Ф. Кириченко*

Днепропетровск

Показатели распространенности хронического алкоголизма в нашей стране исчисляются главным образом по материалам диспансерного учета, основанным на данных обращаемости. Именно таким путем определяется и частота случаев алкоголизма среди населения Днепропетровска. Ряд авторов (А. Л. Лещинский, М. И. Рыбальский) считают, что для более точного определения количества и профиля душевнобольных среди населения необходимо данные обращаемости дополнять сведениями, получаемыми при периодически проводимых переписях.

Перепись психически больных и последующая разработка полученных данных была проведена Днепропетровским психоневрологическим диспансером в 1960—1963 гг. в одном из районов города. Было охвачено 90 035 человек. На каждого выявленного больного заполнялась карта обследования.

Предварительная подготовка предусматривала получение сведений на всех обращавшихся за помощью в диспансер, психиатрические больницы, лечебные учреждения города, ВТЭК и т. д.

Для уточнения диагноза хронического алкоголизма все выявленные больные были дополнительно осмотрены наркологом. Всего выявлено в районе 625 больных хроническим алкоголизмом, что составляет 9,1 на 1000 лиц в возрасте старше 16 лет. Удельный вес хронического алкоголизма в общем числе учтенных в районе психически больных составляет 37,7%, из них мужчин — 93,1%, женщин — 6,9%.

По возрасту учтенные больные распределялись следующим образом: от 16 до 25 лет — 3,6%, от 25 до 45 лет — 60,3%, от 45 до 60 лет — 31,5%, старше 60 лет — 4,6%.

Из числа больных хроническим алкоголизмом большинство (77,5%) не потеряли связи с производством, 8,6% составляют инвалиды и пенсионеры, лица без определенных занятий — 13,9%.



Представляет интерес тот факт, что из общего числа больных хроническим алкоголизмом 66,7% выявлены переписью впервые и ранее за помощью не обращались.

Анализ полученных материалов по видам необходимой помощи показал, что 79,2% больных нуждались в амбулаторном лечении, 20,2% — в стационарном лечении в наркологических отделениях (1,5 случая на 1000 населения), 0,6% — в направлении в учреждения типа колоний.

В 1961 г. открыта городская наркологическая больница на 150 коек, 4 наркологических кабинета, а также осуществлен целый ряд противоалкогольных мероприятий.

С целью приближения наркологической помощи к рабочим в 1963 г. на крупных предприятиях были открыты наркологические пункты.

## О КЛИНИЧЕСКИХ ВИДАХ И ФОРМАХ АЛКОГОЛИЗМА И МЕТОДАХ БОРЬБЫ С НИМ

*Е. В. Маслов, Р. И. Николин, А. П. Слободяник*

Львов

Бытовое пьянство как легкая степень алкоголизма при длительном употреблении алкоголя может переходить в хронический алкоголизм, на почве которого развиваются тяжелые патологические изменения в характере, алкогольные психозы и даже слабоумие.

Опасность бытового пьянства усугубляется еще тем, что трудно установить грань между «нормальной» дозой алкоголя и дозой, вызывающей хронический алкологизм.

Материалы данного исследования показывают, что алкогольные психозы в настоящее время чаще всего проявляются в виде алкогольного делирия, алкогольных галлюцинозов и параноидного синдрома (в том числе и бред ревности). Корсаковский психоз и другие алкогольные психозы наблюдаются в единичных случаях. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, алкогольные психозы были отмечены в среднем в 33%.

Рецидивы алкоголизма, появляющиеся после успешно проведенного лечения, отмечены в среднем в 15%. Основной причиной их являются ряд неблагоприятных факторов среды: влияние товарищей, злоупотребляющих алко-

голем, бытовое пьянство и др., а также недостаточная профилактическая и воспитательно-разъяснительная работа.

Борьба с алкоголизмом должна носить комплексный характер. Лечебно-профилактические, разъяснительно-воспитательные и организационно-принудительные меры должны быть в тесном и постоянном взаимодействии. Эту работу следует проводить систематически не только врачам-психиатрам и невропатологам, но и врачам других специальностей, а также и широким кругам советской общественности.

Лечебные мероприятия при алкоголизме также должны носить комплексный характер и заключаться в проведении дезинтоксикационной, сенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии (с учетом соматических заболеваний у алкоголиков), а также в систематическом применении психотерапии и лечения трудовыми процессами.

Среди различных методов комплексного лечения алкоголизма большой эффективностью обладает метод врача А. П. Исаенко; сульфозин, применяемый при этом методе лечения дает хорошие результаты как при стационарном, так и амбулаторном лечении алкоголиков. Этот метод нашел широкое применение во Львовской и в других областях УССР.

Для достижения положительных результатов при лечении алкоголиков большое значение имеет дифференцированно-ступенчатая организация лечебно-профилактической помощи: наркологические пункты при медчастях производств, наркологические кабинеты при поликлиниках, наркологические отделения при психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. Лечение больных алкогольными психозами должно проводиться в отделениях для острых психозов в психиатрических больницах.

Для принудительного лечения алкоголиков, у которых отмечается деградация личности, явилась весьма целесообразной организация в УССР специальных закрытых лечебных отделений в системе органов охраны общественного порядка. Сочетание в таких отделениях принудительного лечения, трудовых процессов (на принципах самоокупаемости) с воспитательными мероприятиями может оказать благотворное влияние на этих больных и способствовать их перевоспитанию.



## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ

*В. Я. Масюк*

Киев

Алкоголизм большое общественное зло. Гибельное действие алкоголизма на физическое и нервно-психическое здоровье населения в настоящее время достаточно разъяснено в науке. Алкоголизм способствует усилению заболеваемости населения, возрастанию смертности, увеличению числа случаев внезапной смерти и самоубийств. Наиболее благоприятную сторону алкоголизма составляет употребление спиртных напитков, содержащих вредные примеси (сивушное масло). Употребление ядовитых водок в большинстве случаев приводит к смерти.

Так, в 1967 г. среди городского населения на 100 смертных случаев при случайных отравлениях было 48,4 случая смерти от отравления алкоголем, в 1968 г. соответственно — 55,95.

Среди жителей села в 1967 г. на 100 смертных случаев при случайных отравлениях было 49,2 случая смерти от отравления алкоголем, в 1968 г. соответственно — 52,2. Как видно, из приведенных данных этот показатель имеет тенденцию к росту.

Серьезную роль играет алкоголизм в отношении нервно-психического здоровья населения, он влечет за собой понижение нравственности, увеличение числа преступлений, особенно убийств и нанесения телесных повреждений, возрастание нервных и психических заболеваний. Так, в 1967 г. на 100 человек, взятых на учет с психозами, было 20,2 случая алкогольных психозов, а в 1968 г. — 34,9. По отношению ко всем хроническим алкоголикам, взятым на учет в 1967 г., алкогольные психозы составляли 22,2%, а в 1968 г. — 21,4%.

Министерство здравоохранения УССР придает большое значение борьбе с алкоголизмом. В настоящее время существует широкая сеть психоневрологических учреждений (психиатрических больниц, психоневрологических кабинетов, наркологических кабинетов и наркологических пунктов), которые проводят большую работу по профилактике и лечению хронических алкоголиков.

В Днепропетровске имеется специализированная больница для лечения наркоманов и алкоголиков. Наркологи-

ческие отделения для лечения алкоголиков организованы при областных и крупных городских психиатрических больницах. Число наркологических кабинетов и наркологических пунктов с каждым годом увеличивается. В последние годы правительство приняло указ о принудительном лечении и трудовом перевоспитании злостных пьяниц, направляя их на лечение в лечебно-трудовые профилактории.

В целях дальнейшего улучшения борьбы с алкоголизмом органы здравоохранения должны принять меры к тому, чтобы этим вопросом занимались не только врачи-психиатры (наркологи), но и вся медицинская общественность. Для санитарно-просветительной работы следует использовать научно-популярные кинофильмы, радио, телевидение, проводить тематические целенаправленные вечера «вопросов и ответов», выступать с докладами о вреде алкоголя в организованных коллективах, на предприятиях.

В лечении алкоголизма задача врача состоит в том, чтобы убедить человека, страдающего алкоголизмом, никогда не употреблять спиртные напитки. Огромную роль в перестройке психики больного алкоголизмом играет семья, друзья, коллеги по работе, общественные организации, поэтому медицинские работники должны использовать эту огромную силу для того, чтобы добиться наиболее эффективного лечения больного алкоголизмом.

Опыт работы ряда наркологических кабинетов указывает на то, что большинство больных алкоголиков можно успешно лечить амбулаторно при применении активных методов терапии. Поэтому задача органов здравоохранения заключается в том, чтобы расширять сеть наркологических кабинетов, шире практиковать лечение алкоголиков амбулаторно.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ АЛКОГОЛИЗМА

*Б. В. Мурович*

Львов

Мы исследовали 252 алкоголика, которые лечились в наркологическом отделении в 1957—1961 гг. и в последующем катамнестически обследованы на протяжении



2—4 лет. Большинство обследуемых больных (свыше 60%) уже лечились в прошлом теми или иными методами.

Изучая эффективность лечения алкоголизма разными способами, мы убедились, что выбор того или иного метода лечения имеет весьма относительное значение. Правда, комплексный метод с применением сульфозина (дезинтоксикационная терапия), по нашим данным, себя оправдал при небольшой давности заболевания. При большой давности алкоголизма и выраженных чертах снижения личности условнорефлекторное лечение оказалось эффективнее. Однако какой бы интенсивной не была эта терапия, она в большинстве случаев не обеспечивала стойкого излечения.

Это обстоятельство побудило нас в дальнейшем во всех случаях после выписки алкоголиков проводить комплекс лечебно-нефролептических, организационных и социальных мероприятий.

Из собственно лечебно-профилактических мероприятий мы рекомендовали повторные противорецидивные курсы противоалкогольного лечения. Эти курсы являются сокращенным повторением основного лечения, проводимого в стационаре.

Поддерживающая терапия, как правило, проводилась без отрыва от производства и осуществлялась местными медицинскими учреждениями, в адрес которых высылали выписки из историй болезни с конкретными лечебными и организационными рекомендациями. За выписанными алкоголиками устанавливали активный медицинский патронаж как на дому, так и на работе.

Вторым условием организации профилактики рецидива алкоголизма было создание вокруг выписанного из больницы оздоровительной обстановки с исключением всего того, что способствовало увлечению алкоголем. Это касается в первую очередь выработки заинтересованности в трудовой и общественной деятельности, оздоровления быта в широком смысле этого слова. С этой целью поддерживали тесный контакт с администрацией и общественными организациями предприятия, где работают алкоголики, а также с их родственниками.

Важное значение для профилактики алкоголизма имела санитарно-просветительная и противоалкогольная работа и распространение среди широких масс населения психологических знаний. В этом направлении на Львов-

щине за последние годы достигнуты определенные успехи. Местные руководящие, партийные и советские органы приняли ряд важных решений по вопросам борьбы с алкоголизмом. Эта проблема более широко освещается в печати, кино, по радио и телевидению.

Полученные данные убедительно показывают преимущества противоалкогольного лечения с последующим проведением после выписки поддерживающей терапии. Количество ремиссий длительностью в два года и больше возросло почти в 3,5 раза по сравнению с предыдущими годами, когда противоалкогольное лечение в основном сводилось к лекарственной терапии в условиях стационара.

## ОБ ИЗУЧЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ И ДРУГИХ НЕРВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*В. Н. Подкаменный*

Харьков

Изучение экономических потерь при хроническом алкоголизме и других нервных и психических заболеваниях должно осуществляться в следующих направлениях:

1) следует определить потери рабочего времени в целом по изучаемому виду промышленности на 100 работающих и выявить приходящуюся долю на производственный, бытовой травматизм и общую заболеваемость в лицах, случаях и днях нетрудоспособности;

2) выяснить удельный вес потерь рабочего времени при промышленном и бытовом травматизме, связанных с хроническим алкоголизмом или другим нервно-психическим заболеванием;

3) показать влияние хронического алкоголизма на текучесть кадров;

4) выявить роль хронического алкоголизма или другого нервно-психического заболевания в потере рабочего времени (прогулы, преждевременные уходы с работы, опоздания на работу и т. д.);

5) изучить условия труда и быта, охрану труда и технику безопасности и другие факторы с целью уточнения причин распространения хронического алкоголизма и других нервных и психических заболеваний;



6) привести количественную и качественную характеристику трудовых потерь вследствие хронического алкоголизма или другого нервного и психического заболевания о объеме недоданной продукции в расчете на человеко-дни, тонны продукции и в рублях ее стоимости;

7) показать экономию от снижения на 1% потерь рабочего времени, связанную с хроническим алкоголизмом или другими нервно-психическими заболеваниями;

8) доказать возможную экономическую эффективность снижения потерь рабочего времени вследствие снижения заболеваемости хроническим алкоголизмом и другими нервными и психическими заболеваниями и влияние их сокращения на улучшение экономических показателей работы предприятий;

9) разработать рекомендации и предложения, а также провести эксперименты, направленные на снижение хронического алкоголизма и других нервно-психических заболеваний.

Экономический анализ трудовых потерь при хроническом алкоголизме и других нервно-психических заболеваниях должен способствовать выработке конкретных мероприятий по сокращению потерь рабочего времени и повышению производительности труда.

Необходимо предложить руководителям предприятий производить ежемесячный анализ и обсуждение трудовых потерь и намечать конкретные мероприятия по их ликвидации.

## НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ХРОНИЧЕСКОМУ АЛКОГОЛИЗМУ И АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ

*А. Д. Ревенок, Р. М. Кутысская*

Киев

Мы провели клинико-статистическую разработку годовых отчетов Черкасской областной психоневрологической больницы за 10 лет и изучили 328 историй болезни. Всего проанализированы данные о 4133 больных хроническим алкоголизмом: 3860 мужчин и 273 женщины.

За этот же промежуток времени в больнице лечилось 334 больных с алкогольными психозами, из них 295 мужчин и 39 женщин.

Таким образом, подавляющее число больных в группе хронических алкоголиков и в группе алкогольных психозов составляют мужчины. Число женщин в группе хронических алкоголиков значительно ниже, чем в группе алкогольных психозов. Более высокий уровень заболеваемости алкогольными психозами среди женщин обнаруживается также при сопоставлении числа этих случаев с числом больных хроническим алкоголизмом. У мужчин этот показатель равняется 7,6%, а у женщин — 14,2%.

По возрасту больные хроническим алкоголизмом распределялись следующим образом: до 20 лет — 1, от 20 до 29 — 265, от 30 до 39 — 1722, от 40 до 49 — 1479, от 50 до 59 — 579, от 60 до 69 — 85, от 70 до 79 лет — 2.

Как видно из приведенных данных, наибольшее количество алкоголиков приходится на наиболее трудоспособный возраст. Наши данные полностью совпадают с материалами Д. А. Федотова, Э. А. Бабаяна, А. Т. Филатова, Б. М. Цякис. Примерно такая же картина наблюдается при анализе данных, касающихся возраста больных алкогольными психозами: от 20 до 29 лет было 29 человек, от 30 до 39 лет — 140, от 40 до 49 лет —121, от 50 до 59 лет — 36, от 60 до 69 лет — 7, старше 70 лет — 1.

Мы пытались выявить возрастную зависимость между числом больных хроническим алкоголизмом и числом случаев заболеваний психозами. При этом процентное отношение числа больных психозами к числу больных хроническим алкоголизмом в указанных возрастных группах оказалось следующим: от 20 до 29 лет — 10,9%, от 30 до 39 лет — 8,1%, от 40 до 49 лет — 8,1%, от 50 до 59 лет — 6,2%.

Из приведенных данных видно, что наиболее высокая поражаемость психозами наблюдается в самом молодом возрасте, хотя заболеваемость хроническим алкоголизмом выше в более позднем возрасте. Иначе говоря, частота психозов при хроническом алкоголизме с возрастом уменьшается.

Среди хронических алкоголиков служащих было 14,9%, рабочих — 46,4%, колхозников — 10,4%, инвалидов — 4,4%, пенсионеров—5,2%, неработающих—18,7%.

Из всех больных, находившихся на лечении, злоупотребляли алкоголем до 1 года 27 человек, от 1 до 2 лет — 125, от 2 до 3 лет — 197, от 3 до 5 лет — 587, от 5 до 10 лет — 1152, свыше 10 лет — 2046. Закономерность очевидна Больные, злоупотреблявшие алкоголем свыше 10 лет, составили 49,4%.



Аналогичная зависимость отмечается также между давностью заболевания и частотой психозов: до 1 года — 12 больных, от 1 до 2 лет — 33, от 2 до 3 лет — 38, от 3 до 5 лет — 60, от 5 до 10 лет — 83, свыше 10—108. Развитию психозов способствует длительное злоупотребление алкоголем, особенно в молодом возрасте.

Наиболее часто среди психозов наблюдался алкогольный делирий (185 человек), реже встречаются галлюциноз (86) и алкогольный параноид (63).

Следует отметить, что у многих больных клиника делирия носила абортивный характер. Эта форма психоза чаще наблюдалась у мужчин, тогда как у женщин нередко отмечались случаи острых алкогольных галлюцинозов с благоприятным течением.

Мы проанализировали 128 историй болезни для того, чтобы выявить те предпосылки, которые способствовали возникновению психозов. Оказалось, что у 28,9% больных мужчин в анамнезе были травмы головы, у 26,8% — различные хронические инфекции, у 5% — тяжелые соматические заболевания. Злоупотребление алкоголем у родителей отмечено только в 4,2% случаев. У 35,1% больных анамнез благоприятный.

Больных хроническим алкоголизмом мы начинали лечить по схеме И. В. Стрельчука (купирование абстинентного периода, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, общеукрепляющее лечение). В дальнейшем применяли апоморфин, антабус, широко использовали психотерапию, трудовую терапию.

Для определения эффективности терапии мы использовали данные анализа повторных поступлений и катамнеза больных хроническим алкоголизмом. При этом оказалось, что только 13,5% лечившихся больных повторно поступили в больницу в год выписки. Из 109 катамнестически обследованных больных 14 человек (12,8%) стали злоупотреблять алкоголем в течение первого месяца после выписки, через 2—3 месяца — 15 человек (13,7%), через 4—6 месяцев — 21 человек (19,2%), через 1 год — 7 человек (6,4%), не употребляли алкоголь 1 год и более — 52 человека (47,9%), причем в последнюю группу вошли больные с небольшим сроком злоупотребления алкоголем.

Полученные нами данные указывают, что лечение больных алкоголизмом необходимо начинать в возможно ранние периоды. Это дает гарантию получить более стойкую ремиссию и предупреждает возможность возникновения психозов.

## О ПРАВОНАРУШЕНИЯХ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ И МЕРАХ ПО ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ

*З. Г. Ус, А. Г. Петрова*

Харьков

В течение последних лет мы наблюдали 548 испытуемых, совершивших противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения. В этот период не было зарегистрировано ни одного случая патологического опьянения. Однако неоднократно (17 случаев) отмечались сходные с ним состояния, которые представляют особые затруднения для правильной диагностики и оценки состояния опьянения.

Затруднения эти связаны, в частности, с тем, что оба вида опьянения имеют ряд сходных проявлений: злоупотребление алкогольными напитками, совершение нелепых поступков, последующий сон и амнезию.

При экспертизе состояний опьянения эксперты в основном используют в качестве объективных данных материалы уголовного дела и особенно свидетельские показания, которые должны отражать поведение испытуемого и его высказывания как в период совершения правонарушения, так и непосредственно после него, описания физических и психических признаков опьянения.

Признание лиц, совершивших преступления в состоянии простого алкогольного опьянения, вменяемыми, осуждение их на те или иные сроки наказания являются важными профилактическими мерами в борьбе за снижение преступности.

Наличие простого алкогольного опьянения, не исключающего вменяемости, наряду с осуждением испытуемого, требует в случае, если правонарушитель злоупотребляет алкогольными напитками, назначения принудительного противоалкогольного лечения, как это указывает статья 14 УК УССР.



Анализ изученного материала показал, что среди лиц, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного опьянения, около 15% было психически больных.

В этих случаях у больных шизофренией, находящихся в состоянии ремиссии, отмечались кратковременные, спровоцированные алкоголем психотические эпизоды, являющиеся, по-видимому, результатом оживления имеющихся болезненных механизмов.

В редких случаях алкоголь являлся провоцирующим моментом для развития сумеречных расстройств сознания у больных эпилепсией, гипертонической болезнью и у травматиков.

При судебно-психиатрической экспертизе этой категории больных вопрос о вменяемости должен решаться в зависимости от особенностей психического расстройства, качества и стойкости ремиссии.

Социальная опасность психически больных, употребляющих алкогольные напитки, и совершение ими повторных общественно опасных действий требует применения не только активных методов лечения основного психического заболевания, но и обязательного сочетания с антиалкогольными мероприятиями и более тщательного диспансерного наблюдения. Это явится одним из важных мероприятий по профилактике повторных агрессивных проявлений психически больными.

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*А. А. Черевань*

Киев

В работе приведены основные результаты анализа и оценки некоторых показателей объема и качества специализированной помощи больным алкоголизмом (по материалам статистической отчетности психоневрологических диспансеров УССР за 1967 г. в сравнении с 1965 г.).

1. Увеличилось общее количество учтенных больных алкоголизмом (регистрируемая болезненность или распространенность) и лиц, взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом (регистрируемая заболеваемость), рассчитанных на 10 000 населения. С целью оцен-

ки среднереспубликанских показателей отдельно проведено изучение в 7 областях: Винницкой, Днепропетровской, Донецкой, Крымской, Одесской, Черкасской и Черниговской, где сеть внебольничных учреждений наиболее децентрализирована и в таком виде функционирует уже несколько лет. Темпы роста и распространенности и заболеваемости в этих областях оказались значительно выше, чем по республике в целом, в них менее выражены различия в показателях городского и сельского населения, об этом свидетельствует ниже приведенная табл. 1, в которой прирост случаев алкоголизма, зарегистрированных в 1967 г., показан в процентах к соответствующим показателям 1965 г., принятым за 100%.

Таблица 1

| Группа населения | Регистрируемая распространенность | | Регистрируемая заболеваемость | |
|---|---|---|---|---|
| | по УССР | по 7 областям | по УССР | по 7 областям |
| Городское | 112 | 122 | 110 | 127 |
| Сельское | 135 | 133 | 105 | 123 |
| Всего | 120 | 129 | 106 | 122 |

Изучение распространенности и заболеваемости населения алкоголизмом, проведенное методом вариационной статистики, не обнаружило достоверных изменений этих показателей в 1967 г. по сравнению с 1965 г. ни в целом по республике, ни по 7 областям.

Сравнение же данных распространенности алкоголизма среди всего населения республики и населения 7 областей обнаружило статистически достоверное увеличение этого показателя у городского населения 7 областей и статистически значимое увеличение среди всего населения этих областей.

Таблица 2

| Группа населения | Распространенность по 7 областям, % | Заболеваемость, % |
|---|---|---|
| Городское | 150 | 143 |
| Сельское | 200 | 195 |
| Всего | 166 | 165 |



При сравнении показателей заболеваемости алкоголизмом населения УССР в целом и населения 7 областей показано статистически достоверное увеличение заболеваемости всего населения 7 областей и статистически значимое увеличение ее как среди городского, так и среди сельского населения этих областей.

В табл. 2 дана сравнительная характеристика уровней распространенности и заболеваемости различных групп населения Украинской ССР в 1967 г. Соответствующие показатели по УССР приняты за 100%.

Различия в показателях регистрируемой распространенности и заболеваемости алкоголизмом 2 изучаемых групп населения в 1965 г. не были статистически достоверными.

2. Показатель отбора на койку больных алкоголизмом (отношение числа лечившихся стационарно больных к общему количеству состоящих на учете, выраженное в процентах) в 1967 г. составил 34,5, в 1965 г.—34,0. Наряду с этим увеличился процент отбора на койку больных алкоголизмом и с впервые в жизни установленным диагнозом до 83% по сравнению с 68% в 1965 г.

3. Во многих областях республики в 1967 г. значительно улучшились качественные показатели наркологической помощи:

а) увеличилось количество больных, находящихся под наблюдением психиатров в Винницкой, Запорожской, Крымской, Одесской, Черкасской, Черниговской и других областях;

б) увеличилось число больных алкоголизмом, снятых в 1967 г. с учета в связи с выздоровлением в Винницкой области в 3,3 раза, в Полтавской — в 3 раза, в Крымской, Львовской, Черкасской и Черниговской областях — в 1,2—1,7 раза; в упомянутых областях повысилась в 1,5—2 раза учтенная эффективность лечения больных алкоголизмом (процентное отношение числа снятых с учета в связи с выздоровлением к общему количеству состоящих на учете).

## РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА РОДИТЕЛЕЙ В ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Е. М. Экелова-Багалей*

Харьков

Хронический алкоголизм родителей относится к числу антенатальных и постнатальных вредностей, действие которых на нервную систему ребенка значительно.

Вредоносное значение алкоголизма родителей для нервной системы детей может носить биологический и социальный характер. Как биологический вредный фактор имеет значение недостаточность сперматогенеза у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, появление в эякуляте большого количества патологически измененных форм сперматозоидов (до 96% по данным Ю. Г. Жукова), а также неблагоприятное воздействие внешних факторов на течение беременности, которое может привести к рождению детей с различными дефектами развития нервно-психической сферы.

Данные литературы и наши собственные наблюдения показывают, что у 20—25% детей, страдающих олигофренией, родители были алкоголиками. У детей, больных эпилепсией (без наследственного отягощения), алкоголизм родителей встречается в 7—10% случаев.

Особенно велика роль алкоголизма родителей в возникновении невропатий, неврозов, психопатий и психопатоподобных состояний. Известно, что эта группа наиболее многочисленна и составляет от 30 до 45% всех детей, находящихся под наблюдением детских психоневрологов. Из наблюдавшихся нами детей более чем у 80% отмечались «неблагополучные семьи», причем, как правило, неблагополучие обусловливалось алкоголизмом одного из родителей или обоих.

Травмирующим моментом является уход из семьи одного из родителей, что часто связано со злоупотреблением алкоголем.

Особенно опасно воздействие алкоголизма родителей как вредного фактора микросоциальной среды на подростков.

Если оказание помощи детям, пострадавшим вследствие биологически вредного действия алкоголя (повреждение зачатка или плода), затруднено, то оказание помощи детям, страдающим от социального воздействия хронического алкоголизма родителей, возможно, однако вопросы организации этой помощи недостаточно разработаны.



Мы полагаем, что необходимо применить целый комплекс мероприятий, направленных на оздоровление микросоциальной среды детей, родители которых являются алкоголиками

1. Дети родителей, больных алкоголизмом, должны наблюдаться амбулаторно районными детскими психоневрологическими кабинетами (по извещению наркологов).

2. Дети с различными формами невропатии, неврозов, эпилепсией из семей, отягощенных алкоголизмом, должны, как правило, лечиться в стационарах, так как проведение амбулаторного курса лечения без изменения микросоциальной среды ребенка не приводит к положительным результатам или вызывает лишь кратковременный эффект.

3. Детей родителей, злоупотребляющих алкоголем, нужно в первую очередь помещать в закрытые учебные заведения с целью изоляции.

4. При решении вопроса о лишении родительских прав алкоголизм родителей должен учитываться как одно из отягощающих обстоятельств.

лись в стационаре, 10 мужчин — амбулаторно. Возраст больных: до 25 лет — 3, от 25 до 30 лет — 11, от 30 до 40 лет — 12, старше 40 лет — 4. По давности заболевания: до 5 лет — было 2 человека, от 5 до 10 лет — 14, от 10 до 15 лет — 8, больше 15 лет — 6. У всех больных констатирована II стадия заболевания, многие уже лечились другими способами (антабус, апоморфин, гипнотерапия). Лечение баранцом у всех больных проводилось впервые.

Температуру тела измеряли 2 способами: а) электротермометром кожную температуру в 20 точках на каждой половине тела и б) обычным медицинским ртутным термометром в подмышечной впадине. В течение алкогольно-баранцовой реакции температуру измеряли неоднократно.

При обработке полученных данных установлено, что в начале реакции температура кожных покровов (особенно конечностей) заметно возрастала, а температура в подмышечной впадине не менялась. Позднее большие потери тепла (лучистая теплоотдача, гипергидроз, саливация, рвотные массы) приводили к снижению температуры в подмышечной впадине. К концу тошнотно-рвотной реакции снижалась температура кожных покровов по сравнению с исходной. В это время температура в подмышечной впадине понижалась существенно от 0,4 до 1,3°. В среднем падение температуры в подмышечной впадине при алкогольно-баранцовой реакции составляло 0,695° С.

Таким образом, величина падения температуры прямо пропорциональна выраженности алкогольно-баранцовой реакции и косвенно зависит от частоты полоскания больным полости рта привычным спиртным напитком.

Реоэнцефалографическое (РЭГ) исследование больных хроническим алкоголизмом при лечении их баранцом проводилось непосредственно перед дачей баранца и на фоне выраженной тошнотно-рвотной реакции.

Запись проводили при помощи двухканальной транзисторной приставки к электроэнцефалографу. Одновременно регистрировались РЭГ сосудов правой и левой гемисфер, ЭКГ, дыхание и отметка времени.

При сравнении РЭГ, записанных до и на высоте алкогольно-баранцовой реакции, отмечается уменьшение высоты осцилляций, закругленность вершин на кривых,



полученных при тошнотно-рвотной реакции, уменьшение количества и выраженности дополнительных волн.

Изменения на РЭГ симметричны — нет превалирования изменений на той или другой половине головы. При цифровой обработке РЭГ-кривой при алкогольно-баранцовой реакции (данные статистически достоверны, $P < 0{,}01$) отмечается увеличение интервала от зубца синхронно записанной ЭКГ до начала волны РЭГ на 20—50%, восходящая часть кривой РЭГ незначительно укорочена, нисходящая кривой РЭГ — практически не изменена.

Полученные данные свидетельствуют о замедлении скорости распространения пульсовой волны в прецеребральных сосудах, уменьшении количества притекающей крови к головному мозгу, некотором укорочении времени фазы наполнения церебральных сосудов. Фаза оттока крови не изменялась. Все это свидетельствует о снижении тонуса сосудистых стенок и о расширении сосудов головного мозга. Все перечисленные изменения нестойки. Исследования проведенные через 24 часа, как правило, не обнаруживали каких-либо изменений по сравнению с фоновой записью до реакции.

Полученные данные указывают на необходимость желательного отбора больных по медицинским показаниям для предупреждения возможных осложнений при данном виде лечения.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ АЛКОГОЛИЗМА

*С. С. Либих*

Ленинград

Некоторые аспекты алкоголизма имеют социальный характер. В нашей стране нет социальных корней алкоголизма, но, как это показано рядом автором (А. А. Портнов и др.), еще сохраняются некоторые социально-психологические факторы, могущие явиться причиной возникновения алкоголизма и его рецидивов.

В отношении алкоголизма одной из актуальных проблем социально-психологического изучения являются стихийно складывающиеся (спонтанные) алкогольные «ком-

пании». Пьянство в компаниях, группах большинством авторов рассматривается как определенная стадия хронического алкоголизма, которая при дальнейшем развитии болезни может переходить в стадию одиночного пьянства. В возникновении групп больных алкоголизмом играют роль чисто практические интересы: складчина, подходящее помещение и другие внешние поводы (праздники, день рождения, зарплата и др.).

Рецидивы алкоголизма часто возникают под влиянием угощения, соблазна и т. д., то есть в условиях группового общения (2—3—5 человек).

Следовательно, в план обследования и лечения больного хроническим алкоголизмом должны быть обязательно включены психологические методы, которые позволяют исследовать групповые факторы, влияющие на данного больного. Само лечение должно включать в себя перестройку и коррекцию социальных связей больного (коллективная психотерапия, социально-трудовая реадаптация) и обязательную лечебную и профилактическую работу в спонтанных группах (оздоровление среды). Эти методы следует применять и во время ремиссии для контроля социального статуса больного и профилактики рецидивов алкоголизма

## К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

*Ю. И. Никитин*

Киев

В настоящее время вопрос о взаимоотношении между алкогольной интоксикацией и эпилепсией изучен недостаточно. В специальной литературе отсутствует единое мнение о сущности алкогольной эпилепсии, недостаточно изучен вопрос о роли алкоголя в развитии алкогольной эпилепсии.

Изучение этих вопросов имеет значение для исследования этиологии и патогенеза хронического алкоголизма в эпилептической болезни, правильной диагностики и лечения.

Нами изучено 40 больных, у которых хронический алкоголизм сопровождался эпилептическим синдромом.



В настоящем сообщении описывается группа больных, у которых эпилептиформный синдром развился после периода более или менее длительного злоупотребления спиртными напитками (не менее одного года).

У обследованной группы больных эпилептиформные припадки возникали обычно при опьянении или в состоянии похмелья. Частота припадков зависела от характера злоупотребления алкоголем. Нередко эпилептиформные припадки протекали в виде обмороков с нерезко выраженными судорогами. В ряде случаев отмечалось сочетание больших припадков с малыми.

Данные наших наблюдений показывают, что судорожные припадки с потерей сознания прекращались через 7—10 дней после последнего приема алкоголя и возобновлялись снова при рецидивах алкоголизма.

Наиболее типичные изменения личности, которые оцениваются обычно как эпилептические, — своеобразное эпилептическое слабоумие, эффективность, вязкость, интенсивность психических процессов, злобность — не характерны для изучаемой группы больных или выражены очень слабо.

Центральное место в клинической картине болезни занимают симптомы, связанные с алкогольной интоксикацией в виде выраженного ослабления памяти, повышенной истощаемости, неустойчивости, аффекта, слабодушия, склонности к образованию истерических реакций.

Интеллектуальное снижение у изучаемой группы больных проявлялось в снижении сообразительности, в выраженном ослаблении памяти, трудности усвоения нового, сужения круга интересов. Фон настроения обычно депрессивный. Во время опьянения лишь в единичных случаях отмечалась эйфория. При опьянении усиливаются такие депрессивные компоненты, как подавленное настроение, тоска, чувство тревоги, ипохондричность.

Терапия больных алкогольной эпилепсией требует в каждом отдельном случае выработки дифференцированного комплекса лечебных мероприятий в зависимости от выраженности эпилептических проявлений болезни и характера алкогольной интоксикации.

Прогноз в смысле эпилептических проявлений болезни благоприятный при своевременно начатом лечении

нии (тахикардия, учащение пульса при исследовании сердечно-сосудистых рефлексов, повышение пилоэрректорной реакции, усиление блеска глаз, похудание и т. д.), как правило, встречаются признаки раздражения вагуса: гиперемия слизистых, общая потливость, гипергидроз ладоней, гиперсаливация, акроцианоз, дисфункция кишечника со склонностью к поносам.

В связи с этим правильнее говорить о поражении как симпатической, так и парасимпатической системы, то есть о вегетативной дистонии. Одной из особенностей можно считать стойкость этих изменений. Причем они являются постоянными спутниками хронической алкогольной интоксикации. Нередко отдельные из этих симптомов могут оставаться на длительное время у лиц, которые в прошлом страдали хроническим алкоголизмом. По всей вероятности, это говорит не только о функциональных, но и в определенной форме органических сдвигах в вегетативных образованиях.

На основании наших наблюдений можно прийти к выводу, что поражение вегетативной нервной системы является наиболее ранним и частым признаком при хроническом алкоголизме.

## ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ И ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Б. М. Цяцькис*

Донецк

Мы изучали иммунобиологическую реактивность у 134 больных хроническим алкоголизмом в процессе лечения.

Определяли коэффициент внутрикожной пробы с трипановой синью, фагоцитарную активность лейкоцитов, титр гетерофильных антител, комплементарную активность сыворотки крови. Проводили словесный эксперимент и применяли корректурную методику с помощью таблиц В. Я. Анфимова.

Обследованных больных разделили на следующие группы: а) компенсированная стадия — 29 человек, б) субкомпенсированная — 69, в) декомпенсированная — 36. У больных в компенсированной стадии иммунобиологическая реактивность снижена незначительно и обычно нормализуется к концу лечения.



Изменения высшей нервной деятельности: нерезко выраженное торможение, преобладание возбудительного процесса над тормозным, легкая слабость внутреннего торможения. В субкомпенсированной стадии снижение иммунобиологической реактивности выражено значительно и не всегда нормализуется в процессе лечения.

Нарушения высшей нервной деятельности проявляются усилением торможения в высших отделах коры головного мозга, повышенной истощаемостью основных нервных процессов, выраженной слабостью внутреннего торможения. В декомпенсированной стадии иммунобиологическая реактивность резко снижена и выравнивается до нормы лишь в единичных случаях.

Изменения высшей нервной деятельности проявляются усилением запредельного торможения, резким ослаблением внутреннего торможения, повышенной истощаемостью основных нервных процессов и их инертностью.

Повышенная заболеваемость и смертность больных хроническим алкоголизмом от различных инфекционных заболеваний может быть в известной мере объяснено ослаблением иммунобиологической реактивности организма, наступающей вследствие длительной алкогольной интоксикации.

## ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО АЛКОГОЛИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИКИ РЕБЕНКА

*В. Л. Шостакович*

Днепропетровск

Влияние семейной обстановки и окружающей среды на формирование психики и личностных особенностей ребенка известно давно. В психиатрической и социально-психологической литературе достаточно точно установлено, какую роль играет алкоголизм родителей (в основном отца, реже матери) в формировании как асоциальных, так и психопатических черт их детей.

Однако в подавляющем большинстве случаев речь идет об уже вполне сформировавшихся психопатах или личностях с антисоциальными формами поведения.

Динамика же развития подобных состояний очень мало изучена, так как ранние этапы подобной психопатизации обычно не попадают в поле зрения психиатра

Под нашим наблюдением было 29 детей разного возраста из семей, отягошенных алкоголизмом (в основном отца), носящим бытовой характер. Все эти дети обнаруживали личностные и характерологические особенности с отклонением в поведении, не достигающее однако выраженных черт развернутой и оформленной психопатии. В нервнопсихиатрический санаторий они поступали в основном с жалобами на раздражительность, головные боли, энурез, логоневроз, ночные страхи.

Анализ психопатологических особенностей и характера нарушения поведения позволил нам разделить наблюдавшихся больных детей на 2 группы. В первую группу (9 человек) вошли дети, у которых со стороны протекания психических процессов не наблюдалось резко выраженных отклонений: интеллект их отвечал возрасту, успеваемость в занятиях была вполне удовлетворительной. Все психотические нарушения у них сводились к изменениям в эмоциональной сфере; дети были замкнуты, застенчивы, боязливы, малообщительны, очень неохотно вступали в контакт со сверстниками и взрослыми, иногда у них отмечалась тенденция к уединению, во всех случаях с трудом включались в детский коллектив. В играх принимали пассивное участие обычно на «вторых ролях». Все же контакт с ними был вполне возможен и при внимательном и ласковом подходе к ним воспитателей или врачей они постепенно посвящали взрослых в свои переживания, которые сводились к постоянному чувству обиды, боязни «проявить себя», к переживанию своей мнимой неполноценности (отсюда их застенчивость, уход в себя).

При выяснении их семейного анамнеза и семейной обстановки обнаруживалось следующее: отец выпивает, но не алкоголик (редко бывает пьяным, однако всегда «подвыпивши», часто приходит домой из компании, где бывают выпивки), мать скромная, трудолюбивая женщина. Между отцом и матерью постоянно возникают бурные ссоры, причем со стороны отца дети слышат ругань, угрозы, иногда дело доходит до побоев. Подавленная грубостью отца, мать часто плачет, однако не может ни переубедить его, ни оставить. Дети тяжело переживают данную ситуацию, очень жалеют мать, но чувствуют свое бессилие. Конфликт в семье известен соседям и знакомым и это усугубляет тяжелые переживания детей.

Возраст детей в этой группе 6—9 лет.

Вторая группа наблюдавшихся больных (20 человек) охватывает детей с другими чертами поведения и иными особенностями психики. В поведении этих детей доминирует агрессия: они часто конфликтуют со сверстниками, не прочь побить слабых, в то же время они очень грубы, в их отношениях со взрослыми отмечается развязность. При относительно хорошем интеллекте они учатся плохо главным образом из-за неусидчивости, невнимательности. С большим трудом поддаются дисциплине. Эти дети близки к категории «трудновоспитуемых». В этой группе отмечались уходы из дому. Алкоголизм в семье этих детей носит тот же характер, что и в предыдущей группе, преобладает пьянство отца, грубость его по отношению к жене и детям. Семейные конфликты также очень часты. Существенное различие между этими группами мы усматриваем в возрасте детей. По возрасту дети II группы старше детей I группы. Различие в психотических особенностях сводится к преобладанию сензитивных черт у больных I группы, агрессивности, злобности, взрывчатости у детей II группы, что приближает их к уже выраженной психопатизации.

Эти соотношения позволяют предположить, что для развития патологических форм характера и поведения детей необходимо более или менее длительное воздействие окружающей среды (в приведенных случаях — травмирующая семейная обстановка), длительное стрессовое состояние.

Судя по первой группе, можно предположить, что в раннем возрасте созданное алкогольной обстановкой напряженное состояние нервной системы детей вызывает реакции астенического ряда, отраженные в их сензитивности. С возрастом при ненормальной семейной обстановке психика детей принимает уродливые формы и выливается в картину патологического развития личности.

болезни протекающая не с картиной типичного делирия, а по типу онейроидно-делириозного состояния с обнубуляцией сознания, с периодами аменции, с явлениями бормочущего муссситирующего и профессионального делирия. Вторую группу составили больные с остро развившимся синдромом Кандинского—Клерамбо, с вкреплением делириозных эпизодов, бредовой переработкой окружающего, идеями гипнотического, физического воздействия.

Было отмечено 4 случая Гайе—Верниковского полиэнцефалита, 4 случая алкогольной эпилепсии с психотическими состояниями по типу сумеречных, аментивных расстройств сознания. Отмечены 3 случая хронической алкоголопатии. В 2 случаях наблюдался острый слуховой галлюциноз с последующим переходом в онейроидно-делириозное состояние.

Преобладающим признаком осложненного течения белой горячки была «замена» делириозного состояния онейроидным, онейроидно-делириозным.

Попытка выявить зависимость атипичного течения болезни от качества употребляемых спиртных напитков не увенчалась успехом. Заменители (одеколон, лак, самогон и т. п.) употребляли только 12 человек, доза алкоголя в сутки в среднем составляла не более 1,5 л. Больший удельный вес имели различные соматические вредности, хронические и острые пневмонии, туберкулез, эмфизема легких, силикоз, а также последствия закрытой черепно-мозговой травмы.

## К ВОПРОСУ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Р. И. Гольдштейн*

Днепропетровск

Вопросы смертности лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, мало изучены. Имеющиеся по данному вопросу работы посвящены смертности данной категории больных в стационарах медицинских учреждений, но почти нет работ, освещающих смертность хронических алкоголиков, находящихся среди населения. Вместе с тем значительная часть этих больных умирает вне стен лечебных учреждений и, следовательно, имеющиеся данные о



госпитальной смертности хронических алкоголиков не репрезентативные для всего контингента больных данного профиля.

В Васильковском районе Днепропетровской области мы имели возможность изучить смертность хронических алкоголиков, находящихся как в стационарах, так и среди населения данного района за эти годы. Предварительно в этом районе с населением около 60 тыс. человек были выявлены и взяты на диспансерный учет все хронические алкоголики. К числу последних были отнесены все лица, у которых был выражен абстинентный синдром и периодически обнаруживалась декомпенсация поведения в быту, на производстве и в общественных местах. Учитывались и все лица, перенесшие в недавнем прошлом алкогольные психозы. Распространенность этих лиц составила на 1/I 1963 г. 3,8 человека на 1000 населения района. На протяжении последующих 5 лет до 31/XII 1967 г. строго учитывалось, кто из них умер. Сведения об умерших больных среди населения были дополнены данными о смерти хронических алкоголиков, жителей обследуемого района во всех общесоматических и психиатрических стационарах области и района. Все случаи смерти сверялись со списочным составом больных, а причины смерти уточнялись в отделениях загса района и области, по месту регистрации смерти больных.

За 1963—1967 гг. умерло 22 больных, что составило 17,8 на 1000 хронических алкоголиков, состоящих в эти годы на учете. Среди общего населения среднегодовая смертность за эти годы составила 8 на 1000 населения. В связи с тем, что возрастно-половая структура состава больных хроническим алкоголизмом и общего населения района была различной, то для сравнения уровней смертности лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, и населения была проведена косвенная стандартизация. Было исчислено по возрастным показаниям смертности сельского населения области за эти 5 лет, сколько бы умерло больных в этом случае, если смертность больных хроническим алкоголизмом не отличалась от смерти сельского населения области того же пола и возраста, а затем сравнили полученные нами показатели с фактическим числом умерших больных. Расчеты показали, что смертность больных хроническим алкоголизмом превысила общую смертность населения, так как из всех наблюдае-

мых нами больных должно умереть 12 человек, а разница фактического (22 человека) и ожидаемого (12 человек) показателей смертности (на 1231 наблюдаемом за эти годы больном) оказалась статистически достоверной (разница показателей равна 2,2, а достоверность разницы меньше 0,05).

Из ожидаемого числа умерших в разных возрастах был проведен расчет ожидаемого числа лет, которые должны были бы прожить больные, если бы их смертность не отличалась от смертности сельского населения области того же пола и возраста, что и больные. Ожидаемый средний возраст умерших оказался равным 54,5 года. Фактический средний возраст умерших составил 51,3 года. Следовательно, и по данному показателю выявилось, что больные с хроническим алкоголизмом умирали в несколько более молодом возрасте, чем остальное население. Все умершие больные — мужчины. Из 22 умерших 11 человек умерло в общесоматических и психиатрических больницах района и области, 11 человек—вне стен медицинских учреждений. Причинами смерти больных были туберкулез легких в 3 случаях, злокачественные новообразования в 4, болезни органов дыхания в 2, болезни органов кровообращения в 3, алкогольный делирий в 1 и 9 несчастных случаев.

Вышеизложенное дает основание для статистического доказательства того, что вызываемые хроническим злоупотреблением алкоголя тяжелые соматические страдания, травмы, отравления и несчастные случаи приводят больных алкоголизмом к смерти чаще, чем население того же пола и возраста, которое не злоупотребляет алкоголем.

## ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

*В. А. Донцов, С. А. Пуцай*

Донецк

При изучении клиники и течения алкогольных психозов прежде всего обращает на себя внимание изменение частоты отдельных форм этих заболеваний. Отмечается явное преобладание острых психозов — белой горячки



и острого алкогольного галлюциноза, составляющих около 80% всех алкогольных психозов. Значительно уменьшилось количество прогностически неблагоприятных форм — корсаковского психоза и хронического галлюциноза (менее 2%).

Изменилась не только частота отдельных форм, но и клиническая картина алкогольных психозов. Многие симптомы, даже наиболее типичные для алкогольного делирия, становятся смертными, все чаще наблюдаются абортивные формы психоза. Характерна спутанность сознания: почти у 1/5 всех больных отмечается онейроидный синдром, не всегда четко выступает тотальная аллопсихическая дезориентировка, более выраженная к концу дня и ночью. Типичные по классическим описаниям зрительные устрашающие галлюцинации «зоологического» содержания наблюдаются лишь у 1/3 больных. Примерно у такого же количества больных отмечаются более типичные для острого алкогольного галлюциноза вербальные галлюцинации. В содержании бредового симптома у большинства больных на первый план выступают идеи преследования, воздействия, отношения, чаще всего связанные с содержанием галлюцинаций. Психомоторное возбуждение чаще бывает умеренным. Суицидальные попытки наблюдались лишь у 5% больных. Основным эмоциональным нарушением по-прежнему является страх. Течение психоза характеризовалось относительной благоприятностью; длительность заболевания в большинстве случаев не превышала 2—3 суток. Ни в одном случае не зарегистрировано летального исхода, хотя, по данным некоторых авторов (И. В. Стрельчук и др.) летальность при белой горячке колеблется в широких пределах (0,2—40%).

Преобладание стертых, абортивных, атипичных форм белой горячки приводит к серьезным затруднениям при дифференциальной диагностике ее с острым алкогольным галлюцинозом. Эти затруднения усугубляются некоторыми изменениями клиники и течения острого алкогольного галлюциноза: на фоне типичной клинической картины галлюциноза отмечались кратковременные (2—4 часа) делириозные эпизоды, течение чаще характеризовалось кратковременной, абортивностью.

Мы склонны объяснять отмеченные изменения психопатологических особенностей и динамики острых алко-

ром, немотивированным страхом, бессонницей, потерей аппетита. Лечение проводилось амбулаторно, все больные самостоятельно изъявляли желание лечиться. Курс лечения начинали с клинического обследования и, кроме того у всех больных исследовали функциональное состояние печени (печеночные пробы), холестерин, протромбиновый индекс, сахар крови с нагрузкой, пробы Торна. Был использован комплекс вегетативных проб.

До и во время лечения, кроме метронидазола, других лекарств больные не получали. Метронидазол назначали первые 10 дней по 1500 мг в сутки, разовая доза—500 мг, следующие 10 дней — по 1000 мг в сутки и последние 10 дней — по 500 мг в сутки. Больные получали метронидазол ежедневно в наркокабинете. У них измеряли артериальное давление, пульс, исследовали динамику восстановления двигательных расстройств (почерк).

При лечении метронидазолом у всех без исключения больных уже на вторые сутки исчезали страх, напряженность и, самое главное, влечение к алкоголю. На 3—4-й день восстанавливался аппетит и больные начинали спать. Тремор исчезал медленнее, но примерно на 7—8-й день письмо нормализовалось. Некоторые больные отмечали непосредственно после приема метронидазола тошноту, слабость в нижних конечностях, эти явления приходили самостоятельно.

Особых изменений со стороны крови и внутренних органов мы не отмечали. Не наблюдали мы и описанных в литературе реакций, похожих на антабусно-алкогольные, хотя мы применяли большие дозы метронидазола вслед за употреблением алкоголя (примерно через 12—24 часа).

Таким образом, наши наблюдения дают нам основания считать метронидазол эффективным средством для купирования алкогольного абстинентного синдрома

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*В. М. Паламарчук*

Харьков

Мы разработали систему организационных, медико-педагогических мероприятий по раннему выявлению, привлечению к лечению лиц с начальными стадиями алкоголизма. В систему внесены некоторые положения А. С. Макаренко, в частности его «принцип параллельного воздействия», то есть воспитание личности в коллективе, для коллектива и через коллектив.

Для осуществления предлагаемой системы наркологу необходимо: 1) уметь поставить и заострить вопрос перед производственным коллективом о необходимости и пользе предстоящих организационных и медико-педагогических мероприятий по отношению к лицам, злоупотребляющим алкоголем; 2) организовать получение данных через заводского или цехового врача об этих лицах и изучение на месте условий их труда, производственных показателей и дисциплины, установить индивидуальный контакт с ними для получения анамнестических сведений.

Мы не разделяем мнения Г. В. Зеневича о том, что лицам, не обнаруживающим признаков алкогольной наркомании I стадии по А. А. Портнову, показано только административное воздействие. Грубое администрирование без учета особенностей личности, стадии алкоголизма, макро- и микросоциальных условий зачастую приводит лиц с психологической зависимостью от алкоголя в состояние эмоционального напряжения, реактивности, разрядку которым они находят в очередной выпивке.

Решение вопроса о характере лечения, его продолжительности и других мероприятий наркологу следует согласовать с администрацией и общественными организациями производства.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА БАРАНЦОМ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

*М. Ю. Палфий, М. А. Травинская,*
*И. М. Гавриленко, Е. И. Пазуханич,*
*А. Г. Каляпин, З. Г. Бокшай*

Ужгород

В Ужгородском наркологическом кабинете проводились психотерапия, общеукрепляющая и дезинтоксикационная терапия, лечение апоморфином, баранцом, антабусом, метронидазолом и другими препаратами, как пра-

вило, без предоставления листа нетрудоспособности. В нашем наркологическом кабинете разработан поэтапный метод амбулаторного лечения алкоголиков.

Суть этой формы лечения заключается в том, что больные с I и II стадией хронического алкоголизма получают вначале амбулаторно-дезинтоксикационную терапию, затем на время алкогольно-баранцовой реакции помещаются в стационар (на 5—8 часов, от 1 до 5 раз на протяжении месяца в зависимости от тяжести заболевания). Этим больным больничные листы не выдаются и они не обеспечиваются питанием. Им вручается справка, дающая право на освобождение от работы на день пребывания в стационаре. Последующее лечение (общеукрепляющее, психотерапия, поддерживающая терапия) проводится амбулаторно.

Анализ анамнестических данных показал, что и по возрасту, и по длительности злоупотребления алкогольными напитками больные, лечившиеся баранцом поэтапно, существенно не отличались от больных, лечившихся в стационаре.

Что касается рецидивов алкоголизма в анамнезе, то у лиц, находившихся на стационарном лечении, рецидивы встречались значительно чаще, чем у лиц, получивших лечение поэтапно. Эти данные свидетельствуют о том, что контингент больных, лечившихся баранцом в стационаре был более тяжелым, что на поэтапное лечение баранцом идут лица с более ранними стадиями алкоголизма.

Как показывают наши катамнестические данные рецидивы от 3 до 6 месяцев наступили в 11,8% случаев, от 6 месяцев до 1 года — в 10,2%, спустя год и более — в 3,4% случаев.

При стационарном лечении ремиссии отмечены в 54,7%, при поэтапном — в 72,8% ±3,1%. Большая эффективность лечения баранцом поэтапно, мы считаем, может быть объяснена рядом причин, а именно: на поэтапное лечение идут больные с более ранними формами алкоголизма, более тесным и длительным контактом лечащего врача с больным и его семьей, а также другими преимуществами, выгодно отливающими амбулаторное и поэтапное лечение от стационарного.

Поэтапное лечение хронического алкоголизма баранцом обладает всеми преимуществами квалифицированного проведения алкогольно-баранцовой реакции в стационаре, сохраняя при этом все положительные стороны амбулаторного лечения: алкоголики не теряют связи с производством и семьей, отсутствует нежелательное, но тем не менее неизбежное в стационаре общение и стационарное влияние их друг на друга лечение может быть длительным, так как не лимитируется коечным фондом.



## О ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

*Н. И. Погибко, А. Т. Филатов*

Харьков

В связи с введением в психиатрию психотропных средств способы лечения алкогольных психозов, как и других психических заболеваний, были пересмотрены. Опыт применения нейроплегических средств продолжает вносить новые коррективы в первоначальные представления. Схема лечения алкогольных психозов имеет свои особенности. Мы считаем, что терапия должна складываться из 3 этапов.

На первом этапе необходимо купировать психотическую вспышку. Рекомендуется наиболее раннее назначение нейроплегических средств для купирования возбуждения, напряженности, страха, галлюцинаций бреда и для проверки предлагаемого диагноза. Наш опыт подтверждает выводы ряда авторов о том, что изучение клинической динамики, трансформации синдромов при лечении нейроплегическими средствами облегчает проведение разграничительной диагностики.

Однако, применяя психотропные средства, не следует забывать прежние достаточно эффективные методы: смесь Е. А. Попова, барбитураты, бромиды, инсулин, сульфазин.

На этом же этапе терапия должна быть направлена на устранение последствий алкогольной интоксикации: гепатитов, полиневритов и других нарушений.

Естественно, что схема лечения должна быть построена в соответствии с клинической формой болезни. Больше разработаны вопросы терапии острых алкогольных психозов. Однако нет единого мнения о дозах психотропных средств: одни предлагают ограничиться небольшими до-

По данным анамнеза: не пьют более 3 лет — 23 человека, 2 лет — 11, 1 года — 67, запили через 10 месяцев — 70, через 6 — 30, через 3 месяца — 22.

После выписки из больницы больные в течение 2 лет получают поддерживающее лечение в поликлинике у врача-психиатра, у которого лечились в стационаре.

В своей работе мы придаем большое значение личному контакту врача с родными, женами алкоголиков, то есть людьми, которые первыми замечают изменения в поведении больных и сообщают о них врачу.

Большое место в нашей работе занимает санитарно-просветительная работа, лекционная пропаганда, которую мы проводим на предприятиях.

## ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

*Б. М. Цяцкис*

Донецк

Мы провели катамнестическое обследование 500 больных хроническим алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении в наркологическом отделении 2-й психиатрической больницы Донецка, за период с 1960 по 1966 г.

Среди больных преобладали лица молодого и среднего возраста (25—40 лет).

В отделении принимали все виды антиалкогольного лечения: апоморфинотерапию, антабус, психотерапию, метронидазол (трихопол), баранец, комбинированную и симптоматическую терапию.

Эффективность проведенного лечения учитывали в зависимости от стадии болезни, вида терапии, тяжести соматических нарушений.

Самые длительные ремиссии отмечались у соматически здоровых лиц, отнесенных нами к I и II стадиям хронического алкоголизма (по классификации И. В. Стрельчука).

Самые короткие ремиссии были у лиц, перенесших в прошлом одну или несколько черепно-мозговых травм с потерей сознания, нейроинфекцию, а также у психопатических личностей.



У этих больных гораздо быстрее наступали психопатологические изменения, характерные для поздних стадий хронического алкоголизма.

Длительность ремиссий зависит от давности злоупотребления алкоголем, степени деградации больного и соматических нарушений, длительности курса лечения, регулярности поддерживающей терапии.

К наиболее стойким и длительным ремиссиям приводит лечение комбинированным способом (гипноз + антабус, гипноз + баранец, баранец + антабус).

Большое количество ремиссий, но с частыми рецидивами наблюдалось при лечении антабусом и баранцом.

Апоморфинотерапия, метронидазол и симптоматическое лечение приводят к длительным ремиссиям только в единичных случаях.

Комплексная терапия хронического алкоголизма (В. М. Бехтерев) значительно повышает эффективность лечения. Совершенно обязательно включение в комплекс мероприятий психотерапии (суггестивной, рациональной, самовнушения).

Воздействие на больного только биологическим путем снижает эффективность проводимой терапии.

Больные хроническим алкоголизмом с явлениями социальной деградации, явным оскудением высших человеческих чувств, неоднократно и безуспешно лечившиеся, должны направляться в лечебно-трудовые лагеря на срок не менее 2 лет.

Перед выпиской больных необходимо добиваться полной нормализации основных показателей высшей нервной деятельности.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ПО КАТАМНЕСТИЧЕСКИМ ДАННЫМ

*П. Ф. Яровой, П. П. Пономаренко, Р. И. Гольдштейн*

Днепропетровск

Обобщение результатов терапии хронического алкоголизма имеет большое значение в оценке проводимого метода лечения, его целесообразности и эффективности.

В наркологическом отделении Днепропетровской областной психиатрической больницы лечение проводится последовательным комплексным методом, состоящим в применении в начале курса лечения массивной дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии различными средствами с последующим проведением 8—12 сеансов условнорефлекторной терапии с помощью рвотных средств (апоморфин, эметин, медный купорос, экстракт баранца), и завершается лечение назначением антабуса по 0,3 — 0,5 г. Медикаментозное лечение дополняется широким применением труда и психотерапии. Курс лечения рассчитан на 5—6 недель. После выписки больные передаются под наблюдение врачей наркологов и психоневрологов внебольничной сети и им рекомендуется в амбулаторных условиях принять курсы поддерживающего противоалкогольного лечения антабусом по 0,3 — 0,5 г в течение 10 дней под контролем уровня кровяного давления в следующие сроки после выписки из стационара: через год, 3, 6 и 9 месяцев и через 1, 1,5 и 2 года.

Катамнестически проверена эффективность противоалкогольного лечения 382 лиц, принявших стационарное лечение в 1964—1967 гг. в наркологическом отделении Днепропетровской областной психиатрической больницы.

Среди состава лечившихся в стационаре и обследованных катамнестически больных преобладали наиболее молодые и трудоспособные (от 31 до 40 лет — 50,5%, от 40 до 45 — 32,5%). По давности заболевания преобладали лица со сроком болезни от 2 до 5 лет — 30,3% и от 6 до 10 лет — 20,1%. Лица, страдающие хроническим алкоголизмом свыше 10 лет, неоднократно лечились в прошлом стационарно, в связи с чем они в дальнейшем были переведены на амбулаторное лечение. Лица, болеющие до года, обычно в стационар поступают редко. По кратности поступления — лица, впервые лечившиеся в стационаре по 2 раза (31%).

При данном составе больных и применяемой методике лечения в условиях стационара и небольничной сети получены следующие катамнестические данные о длительности ремиссии у этих лиц.

Таким образом, длительность ремиссии свыше 1 года, по нашим данным, отмечена у 46,9% обследованных, от 6 месяцев до 1 года — у 11,4% и до 6 месяцев — у 41,7%.



## СОДЕРЖАНИЕ

### ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОЙ ПОМОЩИ

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА



ВОПРОСЫ КЛИНИКИ

## ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ